

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
EVERTON LUIZ DEMETERKO GOWATSKI

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE
CURITIBA.

CURITIBA

2019

EVERTON LUIZ DEMETERKO GOWATSKI

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE
CURITIBA.

Monografia apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista, Curso de
Especialização em Gestão da Saúde da Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Dra. Ana Paula Hermann

CURITIBA

2019

RESUMO

A qualidade da assistência está atrelada a segurança do paciente e inclui ações básicas, as quais são estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a todos os serviços de saúde do país. Unidades de pronto atendimento (UPA) caracterizam-se por alta demanda que somada à sobrecarga de trabalho e recursos humanos insuficientes comprometem a segurança. Esta pesquisa teve por objetivo implantar protocolo de identificação do paciente em uma Unidade de Pronto atendimento do Município de Curitiba-PR e adaptar protocolo de identificação do paciente proposto pelo Ministério da Saúde, realizar educação permanente para colaboradores sobre o protocolo e orientar o paciente e acompanhante sobre importância do uso da identificação. O diagnóstico da situação problema, realizado com o método de observação é a falta de identificação correta do paciente e o não entendimento da importância por parte da equipe da instituição e familiares. O trabalho propôs reunir os enfermeiros responsáveis por cada equipe e discutir sobre o tema e plano de ação, proposto treinamento por estes enfermeiros as equipes de auxiliares e técnicos de enfermagem e após orientação aos pacientes e familiares.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, enfermagem, sistemas de identificação do paciente.

ABSTRACT

The quality of care is tied to patient safety and includes basic actions, which are set by the National Patient Safety Program (PNSP) to all health services in the country. Early care units (UPA) are characterized by high demand that added to the work overload and insufficient human resources compromise safety. The purpose of this research was to implement a patient identification protocol in a Emergency Care Unit in the Municipality of Curitiba-PR and to adapt the patient identification protocol proposed by the Ministry of Health, to carry out permanent education for employees on the protocol and to guide the patient and companion importance of the use of identification. The diagnosis of the problem situation performed with the observation method is the lack of correct identification of the patient and the lack of understanding of the importance of the institution's staff and family members. The work proposed to bring together the nurses responsible for each team and discuss about the theme and action plan, proposed training by these nurses the teams of nursing auxiliaries and technicians and after guidance to patients and family members.

Key words: Patient Safety, nursing, patient identification systems.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 1.1 APRESENTAÇÃO..... | 5 |
| 1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO..... | 5 |
| 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO..... | 5 |
| 1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO..... | 5 |
| 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 8 |
| 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 8 |
| 2.2 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO..... | 10 |
| 3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA..... | 13 |
| 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO..... | 13 |
| 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA..... | 14 |
| 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DO PROBLEMA..... | 16 |
| 4.1 PROPOSTA TÉCNICA..... | 16 |
| 4.1.1 Plano de implantação..... | 16 |
| 4.1.2 Recursos..... | 17 |
| 4.1.3 Resultados esperados..... | 17 |
| 4.1.4 Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas..... | 18 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 19 |
| REFERÊNCIAS..... | 20 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O tema principal do trabalho é Segurança do Paciente. Realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência da Cidade de Curitiba-PR, denominada Albert Sabin no bairro Fazendinha. A situação-problema identificada na fase inicial foi a falta de identificação correta dos pacientes e o déficit de conhecimento da equipe multiprofissional sobre o tema de segurança do paciente e sobre a meta de identificação do paciente.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Implantar protocolo de identificação do paciente em uma Unidade de Pronto atendimento.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

Adaptar protocolo de identificação do paciente proposto pelo Ministério da Saúde para uma unidade de urgência e emergência.

Realizar educação permanente para colaboradores sobre o protocolo de identificação do paciente adaptado

Orientar o paciente e acompanhante sobre importância do uso da identificação.

1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

O tema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente é cada vez mais discutido em ambientes hospitalares, a busca de um serviço de qualidade livre de incidentes e eventos adversos.

Segundo o Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualidade do cuidado em saúde em qualquer estabelecimento de saúde. A Segurança do Paciente tem grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.

Segundo levantamento do Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), no Brasil morrem mais de 220 mil pessoas por ano por falhas na assistência hospitalar e por eventos

adversos evitáveis, isso acontece porque a assistência à saúde é uma atividade complexa e que envolve diversos fatores (IBSP, 2015).

Conforme dados obtidos, vemos que a segurança do paciente nas instituições ainda são falhas, necessitando uma atenção maior por parte da equipe multiprofissional, pacientes e acompanhantes, o conhecimento de todos estes participantes no processo é que trará a melhoria no cuidado e diminuindo a taxa de mortes por falhas na assistência.

A equipe de enfermagem é primordial para a assistência ao cuidado, ela está diretamente com o paciente e familiares nas 24 horas do cuidado, a equipe está à frente do cuidado, visto que necessita ter maior conhecimento sobre segurança do paciente, assim conseguindo transmitir aos familiares e pacientes enquanto estão sob seus cuidados.

Uma das metas da organização Mundial da Saúde é a identificação correta dos pacientes enquanto estão internados e aos cuidados da equipe multiprofissional. A identificação mais utilizada é a pulseira de identificação, utilizada no membro superior do paciente como primeira escolha e em membros inferiores como segunda escolha, sendo fácil a verificação dos dados nela escrita por parte da equipe. O profissional técnico de enfermagem, quando for até o leito do paciente visualizara o nome, data de nascimento, nome da mãe e outros dados que são estipulados e pertinentes para a segurança do paciente. Realizando a conferência na identificação e na medicação por exemplo que o mesmo irá administrar, trará uma segurança de cem por cento a assistência.

A falta da identificação correta do paciente pode trazer prejuízos a assistência, podemos ter pacientes com nomes homônimos em uma mesma ala de cuidados, se o profissional não se atentar a identificação do paciente, poderá causar um erro no processo do cuidado, que pode gerar um evento adverso, causando um dano ao paciente, sendo ele reversível ou não. A identificação correta serve como barreira para o erro. Mesmo aquele paciente que está internado por muitos dias, que o profissional já conhece, quando não feita a sua identificação correta pode ocasionar erros, pelo excesso de confiança nos profissionais.

Os poucos dados levantados sobre a segurança do paciente nos mostram a importância da discussão do tema em ambientes hospitalares. Na vivência que tenho em Unidade de Pronto Atendimento, muito se faz, porém, é pouco discutido o tema de segurança do paciente, os profissionais devem melhorar sua prática e seus conhecimentos sobre o tema.

Trata-se de um tema relevante para os profissionais de saúde, para que se promova um atendimento de melhor qualidade e com minimização dos erros, reduzindo os danos aos pacientes que estão sob seus cuidados. Com o conhecimento necessário, nós profissionais podemos contribuir para a excelência no cuidado. Para a organização, ter profissionais que

tenham conhecimento e que atuem em consonância com a segurança do paciente é de extrema importância, valorizando a instituição, promovendo um cuidado melhor e satisfação do seu paciente. A segurança do paciente para a sociedade em que vivemos é de grande relevância, pois ninguém quer ter um familiar que chegue para um atendimento em uma instituição e que saia com algum dano, que receba alta com uma lesão por pressão, ou que aconteça a troca de um medicamento por ter pacientes na mesma enfermaria com nomes homônimos. A importância do tema para o paciente e acompanhante é fundamental, pois quando bem orientados, os mesmos ajudam no cuidado, evitam erros, evitam eventos adversos, se tornando barreiras para o erro. Portanto, profissional, paciente e comunidade devem ter conhecimento sobre o tema de segurança do paciente, todos são beneficiados.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina, tinha a noção, já naquela época, de que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, sendo possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação dos padrões de qualidade entre outros. (BRASIL, 2014)

No relatório do Institute of Medicine (IOM), o tema segurança do paciente ganhou relevância. Baseou-se em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários em Hospitais dos Estados Unidos da América (EUA). Nessas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos EUA. Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas a pacientes com HIV positivo, câncer de mama e atropelamentos. O relatório apontou ainda que as ocorrências de EAs, representavam um grande prejuízo financeiro (BRASIL, 2014).

Estudos realizados no Brasil por exemplo confirmaram uma alta incidência de EAs, em média 10 % dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50 % são evitáveis. O cuidado a saúde, que era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso (BRASIL, 2014).

No início deste século o IOM, passou a incorporar “segurança do paciente” com um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade do paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. Segundo o Instituto de Medicina define-se segurança como evitar lesões e danos ao paciente, decorrentes dos cuidados que tem como objetivo ajuda-los (BRASIL, 2014).

No Brasil o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess), considerou a segurança como um atributo do cuidado em saúde com qualidade e apresenta definições e indicadores para cada dimensão. (BRASIL, 2014)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a situação de segurança do paciente, organizou os conceitos e as definições sobre o tema, e propôs medidas para reduzir os riscos e minimizar os eventos adversos, conforme o quadro 1.

QUADRO 01 - CONCEITOS CHAVE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE SEGURANÇA PACIENTE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

| | |
|---------------------------|--|
| Segurança do Paciente | Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. |
| Dano | Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. |
| Risco | Probabilidade de um incidente ocorrer. |
| Incidente | Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. |
| Circunstância Notificável | Incidente com potencial dano ou lesão |
| Near miss | Incidente que não atingiu o paciente |
| Incidente sem lesão | Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos. |
| Evento Adverso | Incidente que resulta em dano ao paciente. |

FONTE: Organização Mundial da Saúde (2004).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, consolidada na Portaria nº 5, de 28 de Setembro de 2017, tendo como objetivo geral, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sendo públicos, privados, dando prioridade a segurança do paciente. No artigo 159 desta Portaria, define como objetivos específicos dos PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas a segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente, envolvendo pacientes e familiares no processo, ampliando conhecimento da sociedade, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos, incluir o tema em cursos técnicos, de graduação e pós-graduação. (BRASIL,2017)

A pressão para que os profissionais da saúde em hospitais privados, produzam em tempo menor e em maior quantidade, ou as superlotações em emergências públicas, estão diretamente

ligadas as condições de trabalho, ao sofrimento do profissional e a possibilidade de evento adverso. (BRASIL, 2014)

A Portaria MS/GM nº 5/2017, estabelece um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, que deve ser elaborado e implantado: Higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação do paciente, comunicação no ambiente de saúde, prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão, transferência de pacientes, uso de equipamentos e materiais. A OMS elencou estes protocolos, por serem de baixo investimento e pela quantidade de eventos adversos decorrentes da falta deles. (BRASIL, 2017).

Segundo Pedreira 2009, os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos. Uma vez que os profissionais são os responsáveis pelo planejamento e intervenção apropriada com a finalidade de manter o ambiente seguro, é vital o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem sobre segurança do paciente (RADUENZ et al., 2010).

As não conformidades na identificação do paciente vêm sendo apontadas como um fator preocupante na assistência à saúde, evidenciando que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos ou erros.

2.2 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

No SUS as unidades de pronto-atendimento 24 horas (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades de saúde (básicas ou estratégia de saúde da família), Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU) e a rede hospitalar. As UPA funcionam ininterruptamente, todos os dias da semana, realizando o acolhimento dos pacientes, intervindo em sua condição clínica e direcionando seu atendimento aos demais pontos das redes de atenção às urgências. (BRASIL, 2017).

A triagem com classificação de risco está regulamentada desde 2002, porém só ocorreu mais tarde, quando as unidades não hospitalares 24h passaram a ser denominadas UPA, a partir de 2008 com a Portaria 2.922 hoje revogada. (BRASIL, 2008).

A necessidade de implantação e surgimento das UPA devem estar estrategicamente localizadas de modo a articularem-se com os demais componentes das redes de atenção às

urgências, utilizando-se do acolhimento e classificação de risco, promovendo atendimento ágil e resolutivo à população. (BRASIL, 2011).

Como componente da rede de atenção às urgências, as UPA tem entre suas competências manter um sistema de articulação com o auxílio das centrais de regulação, de referência e contra referência com a UBS, saúde da família, SAMU, hospitais, unidades de apoio diagnóstico, de forma ordenada. (BRASIL, 2011).

O atendimento prestado aos pacientes que procuram os serviços das UPA abrange todas as faixas etárias para atendimento de clínica médica, atendimento inicial nos casos cirúrgicos e traumatológicos, dando a devida atenção e encaminhamento aos serviços da rede de atenção à urgência e emergência. (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Humanização (PNH) estabeleceu diretrizes para atenção à saúde dos pacientes atendidos nas UPA, dentro das redes de atenção à saúde. Baseando em ações e posturas que tragam, de fato, resolutividade às necessidades para as quais o paciente buscou o serviço de saúde. (BRASIL, 2009).

Considerando que as UPA atuam segundo as diretrizes da PNH nas redes de atenção às urgências, estas possuem as seguintes atribuições/competências (BRASIL, 2011):

- Prestar atendimento diagnóstico e terapêutico 24 horas por dia, todos os dias da semana;
- Acolher pacientes e familiares que buscarem atendimento;
- Realizar acolhimento com classificação de risco;
- Utilizar protocolos para classificação de risco, atendimento clínico, administrativos, realizando atualização sempre que necessário;
- Articular-se com os demais pontos das redes de atenção à saúde (UBS, unidades de saúde da família, SAMU, hospitais e apoios diagnósticos e terapêuticos, centrais reguladoras);
- Possuir equipe compatível com seu porte;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU;
- Realizar consulta médica em casos de menor gravidade, em regime de pronto atendimento;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- Manter pacientes em observação por até 24 horas para estabilização diagnóstica ou clínica;
- Encaminhar para internação, via central de leitos, os casos não resolvidos após 24 horas;
- Referenciar e contra referenciar para a rede de atenção à saúde o paciente aos demais pontos de atenção à rede, de acordo com sua necessidade;
- Solicitar retaguarda ao SAMU sempre que a ultrapassar a capacidade instalada.

Compreendendo que o serviço de emergência possui grande demanda de atendimento, e se constitui no local de porta de entrada dos pacientes ao serviço de saúde, o MS, através da PNH, coloca a necessidade da realização do acolhimento com classificação de risco, para organizar o processo de trabalho neste ponto de atenção da rede, e, deste modo, deixando para trás o modelo de atendimento que se dava por ordem de chegada, garantindo prioridade no atendimento dos casos mais graves. (BRASIL, 2009). Nas UPA a classificação de risco é realizada pelo profissional enfermeiro, que a compreendem como um importante aliado na organização do serviço, pois faz com que se dispense atenção de forma mais rápida e eficaz àqueles pacientes com maior gravidade. (NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA, C. C. et al., 2014).

Na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é utilizado o Protocolo de Manchester, tendo por finalidade classificar o risco para o paciente que busca atendimento na UPA. A classificação é realizada por enfermeiros treinados, e estruturada em 52 fluxogramas que apresentam a queixa principal correlacionados com sinais e sintomas. Para cada sintoma existe um nível de prioridade a ser respeitado, identificado por cores: Emergente (vermelho) devendo ser atendido de imediato, Muito Urgente (laranja) podendo ser atendido em até 10 minutos, Urgente (amarelo) em até 60 minutos, Pouco Urgente (verde) em até 120 minutos e Não Urgente (azul) em até 240 minutos. (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WILDLE, 2010).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A organização tem como denominação Unidade de Pronto atendimento (UPA) Albert Sabin/Fazendinha, localizada na Rua Carlos Klemtz, número 1883 no bairro Fazendinha. O horário de atendimento é integral, durante as 24 horas do dia e sete dias da semana, não sendo fechada em feriados em nenhuma situação. Este serviço é caracterizado por atender os usuários sob demanda espontânea, onde cada usuário é submetido a uma triagem inicial, para avaliação e classificação de risco, o que determina o atendimento segundo a gravidade do risco.

A UPA é composta por uma Autoridade Sanitária Local, que neste caso é enfermeira e responsável pela unidade, uma coordenadora de enfermagem, setor administrativo, uma farmacêutica, enfermeiros assistências em cada turno, sendo dividido conforme escala de 12X60, sendo três equipes durante o período diurno e três equipes do período noturno, em cada turno temos uma equipe de auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. A unidade conta com uma equipe de médicos que atendem as consultas por demanda da população e os médicos que atendem os setores de emergência, enfermaria e observação.

A unidade é composta por recepção que é conduzida por auxiliares e técnicos de enfermagem, assim destinando os pacientes para local correto de atendimento, fazendo sua identificação no sistema e com a pulseira de identificação no pulso. Composta por uma sala de medicação rápida, onde pacientes são atendimentos após saírem dos consultórios médicos e que necessitem de medicação e liberação após melhora clínica. A sala de injeção e vacinas, constituída de consultórios médicos de clínica adulto e pediatria. Observação pediátrica e isolamento pediátrico, central de materiais, onde é realizado esterilização de materiais hospitalares, utilizados na UPA, SAMU e SIATE, observação adulto com seis leitos e isolamento adulto, sala de qualificação diagnostica, onde o paciente aguarda resultados de exames, são medicados conforme a queixa e aguardam pelo internamento em hospitais de Curitiba e região metropolitana. A farmácia que atende os usuários e a necessidade dos setores com medicamentos e materiais. A unidade conta com sala de emergência com quatro leitos e sala de estabilização com dois leitos, juntamente com o setor de emergência existe a sala de eletrocardiograma juntamente com a sala de procedimentos. Por fim existe a sala onde os enfermeiros ficam para avaliar o paciente assim que chegam na unidade, fazendo sua avaliação e classificação conforme Manchester.

Com base nos dados gerados na UPA Fazendinha no ano de 2018, podemos observar no quadro abaixo o total de pacientes atendidos por mês e a média diária de pacientes no mês. Observamos um total de 128.149 pacientes atendidos no ano de 2018, com uma média diária de atendimento de 356 pacientes nas 24 horas de atendimento. Com tudo o fluxo de pacientes atendidos diariamente é alto, mostrando a importância de o paciente estar identificado, para que não ocorra eventos adversos.

QUADRO 02 – ATENDIMENTOS NA UPA FAZENDINHA EM 2018

| Atendimentos na UPA Fazendinha no ano de 2018 | | |
|---|--------------------|-----------------------------|
| Mês | Total de pacientes | Média diária de atendimento |
| Janeiro | 10.204 | 329,2 |
| Fevereiro | 9.248 | 330,3 |
| Março | 12.124 | 391,1 |
| Abril | 12.509 | 417 |
| Mai | 12.872 | 415,2 |
| Junho | 12.242 | 408,1 |
| Julho | 11.027 | 355,7 |
| Agosto | 9.616 | 310,2 |
| Setembro | 8.477 | 282,6 |
| Outubro | 9.301 | 300 |
| Novembro | 10.468 | 348,9 |
| Dezembro | 10.061 | 324,5 |
| Total | 128.149 | 356 |

FONTE: SMS-Curitiba

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O diagnóstico da situação problema foi realizado com o método de observação, conforme relatado trabalho como enfermeiro na instituição. Para atendimento na unidade, o paciente deve passar pela recepção com o seu documento de identidade, o auxiliar ou técnico de enfermagem deve localizar o nome do paciente no sistema inserindo-o para atendimento do enfermeiro, que fará avaliação e classificação de risco do paciente.

No entanto, nesse processo, existem dificuldades como: usuários sem documentação; pacientes idosos que são trazidos pelos cuidadores; pacientes em situação de rua, alcoolizados,

psiquiátricos ou em situação de drogadição que estão sem documentos; pacientes sem cadastro em Curitiba, sendo necessário fazer um cadastro provisório, podendo gerar erros no cadastro. Os pacientes também podem chegar para atendimento com o SAMU e outras ambulâncias e em muitas vezes estão sem os documentos, sem acompanhante e impossibilitados de se comunicar.

Na classificação de risco do paciente, em muitas vezes, constata-se que seu nome está incorreto, percebendo apenas quando o nome aparece no painel, quando chegam na avaliação ou até mesmo na consulta médica. Os pacientes e/ou acompanhantes são orientados a colocar no pulso a sua pulseira de identificação, no entanto, muitos chegam na avaliação sem ela, pois não sabem sua finalidade e acabam descartando-a, guardando na bolsa, carteira, entre outros locais.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

A proposta baseia-se na realização de treinamentos com os auxiliares e técnicos de enfermagem da instituição para inserção correta do nome do paciente no sistema; utilização da data de nascimento como estratégia de busca; conferência do nome da mãe, busca pelo cadastro definitivo do paciente, caso paciente não possua cadastro definitivo, orientá-lo a regularizar a situação na unidade básica de saúde ou unidade de Estratégia de Saúde da Família.

A equipe também será orientada a colocar a pulseira de identificação do paciente na recepção. Será confeccionado um banner que ficará na recepção da unidade para que os usuários de maneira didática e simples, saibam da importância da identificação, do uso da pulseira e do uso do documento de identidade sempre que procurarem atendimento na UPA.

O método de orientação da equipe foi escolhido como determinante para o processo, pois a orientação é o essencial para que a rotina e os procedimentos sejam realizados.

4.1.1 Plano de Implantação

Para implantação e adaptação do protocolo de identificação do paciente proposto pelo Ministério da Saúde em uma unidade de urgência e emergência, os seis enfermeiros responsáveis, um de cada equipe, juntamente com coordenação de enfermagem e autoridade sanitária local, se reunirão para discussão do tema de segurança do paciente, meta de identificação do paciente e do plano de ação a ser realizado com as equipes. Após discussão do tema entre os enfermeiros, cada responsável realizara o treinamento com suas equipes de auxiliares e técnicos de enfermagem. Podendo ocorrer mais de uma reunião para conclusão do tema e objetivo proposto.

Após treinamento com as equipes, espera-se que o processo de identificação do paciente seja fortalecido. Após um mês de avaliação da equipe no processo de identificação do paciente, se reúnem novamente os enfermeiros para discussão do que ainda precisa ser melhorado, novas metas a serem realizadas.

O protocolo estando estruturado, funcionando corretamente na unidade de pronto atendimento, os enfermeiros cientes de todo o processo, a equipe de enfermagem realizando o processo adequadamente. Iniciara o terceiro objetivo do trabalho que é realizar orientações aos pacientes e familiares da importância da identificação correta do paciente. Utilizando o banner

na recepção, com palavras e situações claras dos erros que podem ocorrer se o mesmo estiver sem identificação, que sejam de fácil entendimento pela população, na entrada da unidade, orientações da identificação aos pacientes internados na observação, na sala de medicação rápida e na qualificação diagnóstica. Mostrar ao paciente que ele também é responsável pela sua segurança, que o paciente é responsável de evitar erros e danos a si mesmo, quando responde o nome, data de nascimento, quando questionado, que repita o seu nome quando perguntado a ele e não somente concorde, fazendo sinal de positivo com a cabeça. O trabalho de orientação dos pacientes e acompanhantes é diariamente, pois a rotatividade dentro da instituição é grande. Estas orientações podem ser realizadas por toda a equipe, tanto do enfermeiro responsável, quanto da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem.

4.1.2 Recursos

Para o projeto de identificação correta dos pacientes, o custo será muito baixo frente a proporção de melhoria.

Haverá necessidade da reunião entre enfermeiros fora do horário de trabalho para discussão do tema, ocasionando horário extra e pagamento posterior, podendo ser revertido em banco de horas e folgas.

A equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem será orientada no horário de trabalho, não gerando despesas.

As pulseiras de identificação e etiquetas já são materiais em uso na UPA, sem necessidade da aquisição de novos materiais.

Haverá custo adicional de 80,00 a 100,00 reais com a confecção de um banner para a recepção da unidade com orientações sobre a identificação correta do paciente e uso do documento de identidade.

4.1.3 Resultados Esperados

Os resultados esperados são a melhoria da identificação correta do paciente, uso da pulseira de identificação, entendimento por parte da equipe da importância da identificação correta do paciente, o conhecimento dos familiares e acompanhantes dos usuários sobre o uso da identificação.

4.1.4 Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas

O risco que se tem é de que a equipe mesmo após orientação, não se dedique a implantar e ter melhorias com a identificação correta do paciente. Assim sendo necessário novas abordagens e treinamentos para que a equipe se adeque a rotina.

Outro risco é que os usuários mesmo após orientados, continuem não trazendo seus documentos para identificação correta, neste caso o tempo de adequação dos usuários é maior, os pacientes geralmente são da própria área de abrangência e acabam indo várias vezes na UPA durante o ano, então é um trabalho de orientação aos usuários da necessidade do documento, aos poucos vão se adaptando. Se o paciente é atendido na UBS, é na unidade se segue o mesmo critério de identificação correta do paciente, os mesmos estarão mais adaptados quando procurar atendimento na UPA.

Visto que trabalhamos com pessoas, as orientações devem ser dadas e difundidas diariamente para que o processo de identificação seja ampliado a rede de saúde de Curitiba e região metropolitana.

5 CONCLUSÃO

O tema de segurança do paciente em unidade de pronto atendimento abordado no trabalho é de imensa importância para os profissionais da área de saúde e de importância da sociedade como paciente, familiar e acompanhante, pois todos podemos passar por uma situação de doença e por uma situação de falta de segurança, falta de conhecimento dos profissionais que estão lidando com vidas, erros, danos e eventos adversos. O trabalho surgiu a partir da observação que tenho como profissional enfermeiro em Unidade de Pronto Atendimento, vendo as falhas na identificação do paciente, ocasionando erros. O diagnóstico da situação problema, foi a dificuldade na identificação destes pacientes quando chegam na unidade por diversos fatores como falta de documento de identidade, pacientes psiquiátricos, alcoolizados entre outros, a falta de conhecimento por parte dos profissionais e dos pacientes e acompanhantes da necessidade de identificação correta dos mesmos. A proposta técnica para solução da situação problema foi a discussão do tema entre os enfermeiros responsáveis da equipe, juntamente com a coordenação de enfermagem e autoridade sanitária local, abordagem de um plano de ação. Posteriormente as discussões, realizado treinamentos e orientações as equipes de auxiliares e técnicos de enfermagem em um primeiro momento. Após fortalecimento do protocolo de identificação do paciente por parte da equipe de enfermagem, iniciou a orientação aos pacientes e acompanhantes da importância da identificação correta para evitar eventos adversos dentro da instituição. Inserido da recepção um banner para ajudar no entendimento da população sobre o tema e comprometimento dos mesmos nas melhorias. Para operacionalizar melhorias e qualidade no serviço deve se realizar novos trabalhos com base no tema de segurança do paciente e abordando as outras metas para evitar erros e eventos adversos, trabalhando com risco de queda, risco de lesão por pressão, cirurgia segura, comunicação entre a equipe multiprofissional, cirurgia segura. A proposta deste trabalho foi iniciar com as metas estabelecidas da organização mundial da saúde para segurança do paciente e trazer mais discussões e trabalhos desenvolvidos para qualidade na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

MACKWAY- JONES, K.; MARSDEN, J.; WILDLE, J. Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco de urgência e emergência. Tradução de: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. 1 ed. Brasília, 2010. Título original: Emergency Triage/Manchester Triage Group.

NASCIMENTO, E. R. P. do et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rev. enfer. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 84-88, jan./mar. 2011.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 23-31.

Portaria N. 5, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 28 de setembro de 2017: Seção 1

Portaria n. 10, de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jan. 2017. Seção I, p. 34.

Portaria n. 354, de 10 de março de 2014b. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mar. 2014. Seção I, p. 53.
Protocolos básicos de segurança do paciente. Portal da Saúde. Brasília, 2013.

Portaria n. 1601, de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h da rede de atenção às urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção I, p. 70

Portaria n. 1864, de 29 de setembro de 2003b. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2003. Seção I, p. 57.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. Rev. Latino-Am. Enferm., Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./dez.

Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.